45e Annee. — N° 25. Vendredi 24 Juin 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Électrothérapie : Traitement galvanique et guérison d'un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs, par le Dr E. Albert Weil, 389. — **Bibliographie** : Les actualités médicales. La Grippe, par L. Galliard, 390. — Les déséquilibrés des jambes, par le Dr Gélineau, 390. — La théorie de la pathogénie fonctionnelle des déformations, par le prof. J. Wolff, 390. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 juin* 1898. Présidence de M. Wolf. — Vision entoptique et sensibilité dans la tache jaune, 391. — **Académie de médecine** : *Séance du 20 juin* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Elections, 392. — Lecture, 392. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 17 juin* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Gangrène du poumon traitée par la pneumotomie, 392. — Glycosurie transitoire ayant succédé à l'emploi de la somatose chez une nourrice, 393. — Périostite gommeuse du tibia guérie par une injection de calomel, 393. — Méningite à pneumocoques, 393. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 13 avril* 1898. Présidence de M. L. Gourichon. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 juin* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Torsion du mésentère. Occlusion, 396. — Cholédochotomie, 396. — Fracture bimalléolaire vicieusement consolidée, ostéotomie, 396. — **Variétés** : Les médecins des Bureaux de bienfaisance et l'hygiène publique, par le Dr Dufournier, 396. — **Memento pratique**, 398. — **Nouvelles**, 398. — **Bulletin bibliographique**, 400.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Traitement galvanique et guérison d'un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs (1).

Par le Dr E. Albert Weil

Le 12 juin 1897 (2), je vous présentais une malade atteinte d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs et je développais devant vous quelques considérations pathogéniques sur ce cas plutôt rare.

Dans un rapport très intéressant, mais bien trop élogieux sur ma communication, M. le Dr Buret (3) m'invitait à vous reparler de ma malade si, comme j'en avais manifesté l'espérance, le courant continu devait amener chez elle la rétrocession de l'affection.

C'est à cette invitation que j'obéis en venant aujourd'hui représenter devant vous le sujet guéri, ainsi qu'en témoignent deux photographies faites par mon ami le Dr Laquerrière.

Je ne reprendrai pas toute l'observation que l'on trouvera dans le numéro du 20 août 1897 de la *France Médicale*. Je rappellerai seulement qu'il s'agissait d'un œdème éléphantiasique des moitiés inférieures des deux jambes qui a évolué en 27 ans chez une blanchisseuse obèse, sans poussées aigues, d'une façon pour ainsi dire passive. Au commencement du traitement la jambe gauche avait une largeur de 57 centimètres au niveau inférieur du bourrelet : une largeur de 51 centimètres à la limite supérieure de la partie œdématiée et la hauteur de cette partie était de 17 centimètres. Les dimensions correspondantes de la jambe droite étaient 55, 50 et 14 centimètres. Le poids de la malade était de 128 kilos.

Je reprends l'observation au 27 mars, au début du traitement.

27 mars. Devant le diagnostic évident d'obésité et d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs, j'ai donné à la malade des pastilles d'iodothyrine de Baumann avec 25 centigrammes comme dose initiale.

15 avril. La malade est arrivée assez rapidement à une dose quotidienne de 2 grammes d'iodothyrine. Son poids a diminué de 2 kilos ; mais les jambes sont restés absolument identiques.

J'ordonne à Mme B..., de se serrer très fortement les jambes avec des bandes de toile ; et je procède moi-même à un premier enveloppement ; je supprime tout médicament sauf des diurétiques légers (queues de cerises, chiendent).

1er mai. Les jambes n'ont pas diminué de volume ; leur partie inférieure au contraire qui forme « le pantalon de zouave » présente une sensation de dureté bien plus accusée qu'auparavant. Je recommande à la malade d'essayer encore la compression, mais de tâcher de serrer d'avantage.

Le 25, devant l'inutilité des moyens employés jusqu'à présent, je me décide à essayer la galvanisation sur une jambe seulement, la gauche.

A cet effet, je recourbe en forme de demi-cylindres deux électrodes métalliques recouvertes de peau de chamois de 16 centimètres de large sur 26 centimètres de haut ; je les applique aux deux extrémités d'un plan diamétral de la jambe, de façon à recouvrir plus de sa moitié inférieure ; je les relie au pôle négatif d'un appareil à courant constant et je place l'électrode positive de 10 centimètres de large

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 13 novembre 1897.

(2) Voir *France Médicale*, n° 24, 20 août 1897.

(3) Voir *France Médicale*, n° 27, 2 juillet 1897.

sur 12 de long sur la nuque. Séance de 1/4 d'heure, 20 m. a. ; puis compression avec une bande de toile. J'enveloppe de même la jambe droite.

Il est à noter qu'avant de procéder à la galvanisation j'ai promené deux petits tampons-électrodes, larges comme une pièce de cinq francs, que j'ai reliés aux deux pôles d'une bobine d'induction sur la jambe et j'ai constaté que, si on met les tampons au-dessous du léger relief qui sépare la jambe à peu près en deux parties égales, il faut enfoncer beaucoup la bobine induite sur la bobine inductrice pour que la malade accuse un effet sensible.

Au contraire, si on met les deux tampons sur la partie supérieure de la jambe, pour la même position de la bobine, la malade accuse une douleur extrêmement vive ; si on met un tampon sur la partie grasse et un autre sur la partie infiltrée, avec toujours la même position de l'induit, la malade localise une douleur violente au tampon supérieur et une sensation très légère au tampon inférieur. On pourrait en somme sans recourir au palper et sans autre procédé d'investigation que les réactions sensibles de la malade à la faradisation localisée, séparer par une ligne la partie lipomateuse de la partie infiltrée.

Le 27, galvanisation négative de la jambe gauche, 30 m. a., 10 minutes ; compression des deux jambes.

Le 29. La largeur du bourrelet inférieur de la jambe gauche est un peu moindre, 54 cent. au lieu de 51. A la partie supérieure, au niveau du léger relief séparant la partie grasse de la partie œdématiée toujours 51. La jambe droite a toujours comme dimensions correspondantes 55 et 50. Galvanisation négative de la jambe gauche, 30 m. a. 10 minutes ; compression des deux jambes.

1er juin. Electrisation de la jambe gauche (50 m. a.), 1/4 d'heure ; compression des deux jambes.

Le 5. La jambe gauche a comme largeur 53 cent. au niveau inférieur, 50 cent. à la limite supérieure de l'infiltration. Ce qui est caractéristique c'est un ramollissement considérable des tissus œdématiés, alors qu'à droite la partie inférieure de la jambe est dure et presque ligneuse. Galvanisation de la jambe gauche 50 m. a. ; compression des deux jambes.

Le 7. Jambe gauche : galvanisation 40 m. a., 20 minutes.

Le 10. A la jambe gauche, les circonférences repères ont l'inférieure 52 cm., la supérieure 50 cent. ; à la jambe droite les circonférences correspondantes ont 55 et 50 ; galvanisation de la jambe gauche (50 m. a., 10 minutes), mais pas de compression des jambes.

Le 14. Jambe gauche 50 m. a., 10 minutes ; compression des deux jambes.

Le 17. 50 m. a., 1/4 d'heure sur la jambe gauche, compression des deux jambes. La jambe droite grossit plutôt qu'elle ne diminue.

Le 20. La jambe gauche a à la circonférence inférieure au niveau de la cheville une largeur de 49 centimètres seulement. Séance négative 60 m. a., 1/4 d'heure, compression des deux jambes.

Le 22. Jambe gauche, galvanisation négative ; 50 m. a., 20 minutes.

Le 24. Les dimensions de la jambe gauche sont 47 centimètres de large en bas, 49 à la limite supérieure de l'œdème. La jambe droite qui n'a jamais été électrisée a pour dimensions correspondantes 57 centimètres et 54 centimètres. La malade est photographiée.

Séance électrique sur la jambe gauche 40 m. a., 10 minutes ; puis 50 m. a., 10 autres minutes, compression à droite et à gauche.

Le 26. Les circonférences repères de la jambe gauche sont 45 centimètres (l'inférieure) et 48 centimètres (la supérieure). Galvanisation négative 40 m. a., 1/4 d'heure. On substitue pour la première fois des bandes élastiques aux bandes de toile ; compression des deux jambes.

Les 28 et 30 juin, 3 juillet, galvanisation de la jambe gauche, compression des deux jambes.

Les 5 et 7, mêmes interventions ; la peau de la jambe gauche amaigrie devient trop large ; elle s'écaille et se fendille.

Le 10. Les largeurs inférieures et supérieures de la partie qui était le siège de l'infiltration à gauche sont 40 et 45 centimètres. La jambe droite a comme dimensions 54 en bas, 50 en haut ; elle a donc un peu diminué sous l'influence de la compression élastique. J'électrise successivement les deux jambes, en plaçant successivement les deux électrodes cylindriques sur chaque jambe : il faut noter que la jambe droite subit sa première galvanisation.

Les 13, 15, 17 et 20, électrisation successive des deux jambes 40 à 50 m. a. ; 15 à 20 minutes.

Le 22. Les circonférences repères de la jambe gauche sont 38 centimètres (l'inférieure) et 40 centimètres ; à droite elles sont de 50 et 52 centimètres. La partie inférieure de la jambe gauche forme encore un léger bourrelet qui recouvre la cheville ; mais ce bourrelet est mou et semble consister surtout en graisse. Galvanisation et compression comme d'habitude.

Le 24. Electrisation.

Le 26. Jambe gauche : largeur en bas 38 centimètres,

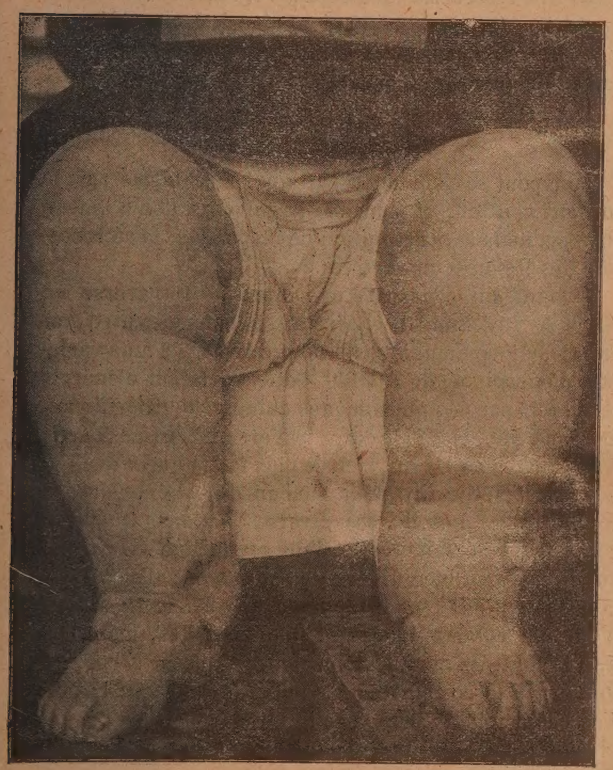
au milieu de sa hauteur 42 centimètres. Galvanisation négative ; 40 m. a., 1/4 d'heure. Jambe droite : largeur en bas 48 centimètres; au milieu de la hauteur 50 centimètres; galvanisation négative 50 m. a., 1/4 d'heure. Compression élastique des deux jambes.

Le 29, 2, 4 août. Electrisation (60 m. a.) chaque fois sur chaque jambe ; compression.

Le 6. Les circonférences repères de la jambe gauche sont 37 et 43 cent. ; celles de la jambe droite sont 43 et 45 cent. Galvanisation, 50 m. a., 1/4 d'heure sur chaque jambe ; compression.

Le 10. Electrisation.

Le 12. Galvanisation négative, 50 m. a., 1/4 d'heure sur chaque jambe. — Largeur inférieure de la jambe gauche,



36 cent., largeur à mi-hauteur 43 cent., — à droite les dimensions correspondantes sont 40 et 45 cent. La peau des deux jambes s'écaille et desquame. La malade se trouve mieux, a pu mettre des bas ordinaires sans être obligée d'en élargir la jambe et des pantoufles en cuir; marche sans fatigue.

Il est à noter qu'avant d'être traitée Mme B... avait toujours froid aux pieds, été comme hiver; actuellement elle n'éprouve plus ce phénomène.

18 septembre. Après une absence d'un mois, je revois Mme B. Même mensuration que le 12 août; la circonférence inférieure de la jambe gauche à la cheville a néanmoins 35 cent. au lieu de 36 cent. Galvanisation négative des deux jambes, 50 m. a., un quart d'heure ; mais au lieu de mettre deux électrodes sur chaque jambe, je n'en mets plus qu'une des deux en la recourbant dans le sens le plus large : la jambe est entourée ainsi d'un bracelet d'une hauteur de 16 cent. J'en mets la portion pleine à la partie interne de la jambe, la portion ouverte à la partie latéro-externe qui, du reste, peut être considérée comme guérie, car à travers la peau on sent nettement le péroné.

Les 20, 24, 27 et 29, galvanisation avec des intensités de 40 à 68 m. a. et une durée de 15 à 20 minutes. Compression entre les séances.

1er octobre. Les mensurations des circonférences repères sont à gauche 34 1/2 et 40, à droite 35 1/2 et 43. Galvanisation régulière 50 m. a. sur la jambe gauche, 40 m. ampères sur la jambe droite pendant un quart d'heure chaque fois.

5, 7, 9 octobre. Séances électriques.

Le 12. La jambe gauche a 38 de large au milieu de sa hauteur, 33 en bas ; la droite, 40 et 34. La peau qui avait été ridée et écaillée prend de nouveau un aspect normal et on ne croirait jamais qu'elle a subi l'énorme distension qu'elle avait avant le traitement.

Les 14, 16 et 18. Séances électriques avec des intensités variant de 40 à 60 m. a., un quart d'heure sur chaque jambe.

Le 20. Les mensurations sont les mêmes que le 12 octobre, 38 et 33 cent. pour la jambe gauche, 40 et 34 pour la droite. Galvanisation négative, 50 m. a. à gauche, 60 m. a. à droite, un quart d'heure pour chaque membre ; compression comme de coutume.

La malade se trouve guérie car elle peut marcher et se chausser sans difficulté ; quand les jambes sont bandées et revêtues de bas, elles ne présentent rien d'anormal chez une femme d'une telle corpulence. Il persiste néanmoins un léger bourrelet à la partie externe des chevilles, mais en somme le résultat est très satisfaisant surtout quand on rappelle que les circonférences inférieures étaient au début d'une longueur de 57 cent. à gauche et de 55 cent. à droite (1).

II

Cette observation longuement rapportée entraîne des considérations de deux sortes sur la pathogénie des éléphantiasis et sur leur traitement. Sans vouloir développer à nouveau les premières devant vous, je rappellerai que j'ai divisé les éléphantiasis en trois grands groupes : les éléphantiasis parasitaires, les éléphantiasis congénitaux et les éléphantiasis d'origine nerveuse ou mécanique et que j'ai rangé le cas qui m'occupe en cette troisième catégorie : près de lui, pourraient au reste se placer les cas que MM. Debove et Mathieu ont relatés à la séance de la Société médicale des hôpitaux du 15 octobre 1897.

J'ai rapporté aussi tous les traitements qui ont été proposés contre le syndrome éléphantiasique. Aussi n'insisterai-je aujourd'hui que sur le traitement électrique.

Recommandé dès 1824 par Alard (2), employé en 1877 par Beard et Rackwell (3), ce traitement a conquis

(1) La malade a été revue en juin 1898. La guérison est maintenue complètement.

(2) Alard. *Inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés*. Paris, 1894.

(3) Tibbits. *Medical electricity*, 1877, 2e édit., p. 222.

ses larges entrées en thérapeutique grâce aux nombreuses publications de deux médecins brésiliens, Silva da Araujo et Moncorvo (1).

Ces deux auteurs recommandent des séances de galvanisation suivies de faradisation d'égale durée avec compression dans l'intervalle. Quelquefois ils ajoutent des électropunctures dans les parties les plus indurées ; malheureusement, en aucune de leurs publications, ils ne précisent ni la forme de leurs électrodes, qui devaient, au reste, être assez petites — puisqu'ils les déplaçaient pour faire, selon leur expression, une sorte de massage électrique — ni l'intensité du courant. Pour ce dernier point, leur excuse se trouve dans l'antériorité de leurs travaux à la vulgarisation de l'usage du galvanomètre par M. Apostoli.

Ces critiques n'empêchent pas d'ailleurs d'apprécier tout l'intérêt de l'observation publiée en 1887 par Araujo dans son atlas des maladies de la peau. Il s'agit d'un malade atteint d'un énorme éléphantiasis des deux jambes guéri par l'électricité, comme le prouvent six photographies prises de 1879 à 1885. Et, certes, ce cas est des plus nets pour faire éclater toute la valeur de l'électrothérapie. On ne peut pourtant pas en conclure une comparaison avec d'autres traitements, puisque les auteurs ne disent pas si d'autres médications avaient été essayées auparavant. Cette comparaison, on la trouve dans mon observation qui établit clairement l'efficacité de la galvanisation, l'inutilité de la médication thyroïdienne et l'insuccès de la compression employée seule dans la cure de l'œdème éléphantiasique.

Avant de commencer le traitement électrique, en effet, j'ai essayé d'abord le traitement par la médication thyroïdienne, mais si j'ai eu une diminution légère de la lipomatose généralisée, l'œdème des jambes n'a en rien été influencé. Puis du 15 avril au 25 mai, j'ai essayé le traitement compressif avec une bande de toile, et là encore, l'effet de ma tentative a été nul : bien plus, pendant cette période, l'œdème prit une consistance et une dureté qu'il n'avait point encore présentées. Je ne commençai enfin le traitement électrique que sur une jambe, la gauche ; elle subit, du 25 mai au 10 juillet, 19 galvanisations que je faisais suivre de compression continuelle dans l'intervalle des séances, alors que la jambe droite subissait la compression continuelle sans électrisation. Le 25 mai la jambe gauche avait comme longueur de circonférence à la cheville, 57 cent., au milieu de sa hauteur 51 cent. ; la droite, 55 cent. et 50 Le 10 juillet la jambe qui avait été électrisée avait comme largeur 40 cent. à la cheville, 45 cm. au niveau du relief qui séparait dans le principe la partie œdématiée de la partie adipeuse ; la jambe qui n'avait été que comprimée avait comme dimensions correspondantes 54 cent. et 50 cent.

Ces deux résultats différents, regression des lésions à gauche, état presque stationnaire à droite, démontrent sans commentaires toute la supériorité de la thérapeutique électrique par la galvanisation.

III

L'on peut se demander par quel mécanisme agit le courant continu, et pourquoi la galvanisation a amené chez ma malade la résolution de l'œdème et la rétrocession des lésions conjonctives.

« Quand un courant d'une intensité I traverse un corps de résistance R », écrivais-je dans un autre travail (1), « il communique au bout du temps T une variation d'énergie égale à I^2RT. Cette variation d'énergie se traduit par des phénomènes chimiques, calorifiques, moteurs, etc., etc. Si le corps traversé ne fait pas partie d'un organisme vivant, rien de plus facile que d'évaluer le travail nécessaire pour chacun des phénomènes et connaître les lois de ces diverses actions. Quand le corps traversé fait partie d'un organisme vivant, les conditions sont bien différentes et le mode d'action du courant est des plus difficiles à apprécier. La somme d'énergie communiquée est toujours I^2RT, mais il y a, à la fois, des modifications de la partie du corps traversé par le courant et dans l'organisme tout entier. Les changements de la partie du corps placée dans le circuit réagissent sur l'organisme total qui, à son tour intervient pour modifier l'état final. »

Sans vouloir, pour le moment, débrouiller ce complexus, je voudrais signaler deux effets du courant galvanique qui, quoiqu'avec une importance différente, interviennent pour la guérison de l'œdème éléphantiasique : ce sont les transports d'ions et les phénomènes vaso-moteurs.

L'on sait, et une expérience de Hittorf (2) le montre très nettement, que, dans une dissolution saline soumise au courant continu, les métaux ou les radicaux métalliques des sels et des bases, l'hydrogène des

(1) Silva da Araujo, traitement de l'éléphancie par l'électricité, (*Gazeta medica da Bahia*, 2e série, vol. IV, an XI, n° 10, octobre 1879.) — Silva da Araujo et Moncorvo, *Traitement de l'éléphancie des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et intermittents.* (*Communication à l'Académie des sciences*, 1879, et *Comptes rendus*, 19 avril 1880, p. 933.) — Silva da Araujo et Moncorvo, *De l'électrolyse appliquée à l'éléphantiasis des Arabes.* (*Bulletin de l'Académie de méd. de Paris*, tome X, 1880, p. 9.) — Silva da Araujo. *Encore le traitement de l'éléphancie par l'électricité* (*Uniao medica de Rio-de-Janeiro*, 1881, n° 1 et n° 2) ; *Note au Congrès international d'électricité* et *Acad. des sciences*, 1881-1882. — Silva da Araujo et Moncorvo, *Note à l'Académie des sciences*, 1884. — Vieirra de Mello, *De la nature et du traitement de l'éléphantiasis des Arabes*, 1883. — Silva da Araujo, *Cas de chylurie, d'éléphancie du scrotum, de scrotum lymphatique, de craw-craw et d'érysipèle, sur un même individu ; traitement par l'électricité avec un excellent résultat.* (*Gazeta medica da Bahia*, an IX, 2e série, 11 novembre 1887.) — Silva da Araujo, *Atlas des maladies de la peau*, Rio-de-Janeiro, 1887.

(1) E. Albert Weil. *Le courant continu en gynécologie*, Paris, Steinheil, éditeur, 1895.

(2) Hittorf. Annales de Poggendorf, 1853, rapportée *in* Savy : *Introduction diadermique des médicaments sous tension électrique* (Thèse de Lyon, juin 1895).

acides se déplacent et suivent le sens du courant alors qu'au contraire les radicaux acides comme le chlore, le brôme, l'iode se déplacent en sens inverse du courant. Depuis longtemps on avait compris l'intérêt de ce phénomène en électrochimie ; Claudius, Williamson, Arrhénius ont pu en déduire des conceptions intéressantes sur la constitution des sels. Et pourtant il semble que les électrophysiologistes l'aient longtemps ignoré, Il faut arriver aux travaux de M. Labatut (1), pour voir apprécier ce fait comme il convient : et c'est le grand mérite de cet auteur d'avoir montré que ces transports, réels dans les dissolutions salines, n'en existent pas moins quand un organisme animé est soumis au courant. Il prouvait ainsi l'erreur de la conception de la cataphorèse admise, avant lui, sans conteste.

Il ne faudrait pourtant pas s'illusionner : la grandeur des déplacements ioniques est encore tout à fait ignorée. La question nécessite de nouvelles recherches, d'autant plus qu'un organisme vivant n'est pas un milieu homogène et que les membranes limitantes, peau, aponévroses ou autres, peuvent parfaitement opposer aux ions, positifs ou négatifs, un obstacle infranchissable.

D'ailleurs, dans le cas particulier qui m'occupe, je crois que l'action du courant continu sur la circulation lymphatique ou veineuse est d'une importance curative plus considérable.

« Nous sommes persuadés », disent Onimus et Legros (2) que la plupart des effets des courants électriques ont pour cause leur influence sur les vaisseaux sanguins. Celui qui aura vu une fois les vaisseaux se contracter et se dilater sous cette influence et surtout s'il a vu au début d'une inflammation la circulation, un instant troublée et enrayée, reprendre son cours et les globules du sang circuler de nouveau dans les capillaires, celui-là, disons-nous, comprendra combien les courants électriques ont une action énergique sur les « phénomènes circulatoires ». Et plus loin (3) « au point de contact de la peau et des rhéophores il y a une contraction des vaisseaux lymphatiques... cette contraction des vaisseaux lymphatiques a pour résultat de faciliter le mouvement de la lymphe et certes cette action des courants électriques sur laquelle on n'a pas encore insisté doit avoir une certaine importance : car aussi bien pour la lymphe que pour le sang une circulation plus grande et plus facile doit augmenter les phénomènes nutritifs des tissus. »

C'est ainsi qu'on peut comprendre comment le courant a surtout agi chez ma malade. Imprimant des contractions aux vaisseaux lymphatiques, augmentant par cela même la pression à l'intérieur des canaux, il a pu, grâce à cette poussée de lymphe, balayer les obstacles qui obstruaient les gros troncs ou bien développer une circulation lymphatique collatérale.

(1) Labatut. *Transport des ions dans les tissus organisés.* (*In Archives d'électricité médicale*, 1895, p. 434 et 435.)
(2) Onimus et Legros, *Traité d'électricité médicale*, p. 352.
(3) *Id.*, p. 370.

IV

Silva da Araujo et Moncorvo, pour la résolution des œdèmes éléphantiasiques, avaient employé le courant continu et le courant d'induction. Ils légitimaient l'emploi de la faradisation par les considérations suivantes (1) :

« Les courants d'induction, outre l'excitation favorable qu'ils exercent sur les systèmes musculaires de la partie, jouissent d'une action particulière stimulante sur les vaisseaux et activent la circulation sanguine et lymphatique, ce qui détermine l'absorption rapide de la lymphe et des détritus du tissu conjonctif qui souffre progressivement une transformation rétrograde.

« ..... Nous pouvons, en résumé, dire que les courants continus opèrent à la manière d'un dissolvant des masses énormes du tissu conjonctif tandis que les courants induits déterminent une rapide absorption du produit de cette dissolution. »

Pour ma part, je n'ai employé que le courant continu pour deux raisons :

Le courant faradique ne produit pas de phénomènes de transport et ensuite agit moins énergiquement que le courant continu sur la circulation. Il suffit de considérer la forme du courant faradique qui se compose de deux ondes électriques de surface égale, mais de signes contraires, pour prévoir qu'il ne saurait s'accompagner de transport puisque chaque interruption amène un renversement du courant.

Je ne dis pas que le courant faradique n'agit pas sur la circulation ; il serait facile d'inscrire là contre nombre d'expériences ; mais au moins dans la faradisation des membres, il faut croire, avec Onimus et Legros (2), que l'action sur la circulation n'est qu'indirecte. Le courant faradique amène la contracture du muscle et par suite la compression des vaisseaux surtout quand, comme Araujo, on fait une application d'une durée de 15 minutes. Il est vrai que cet auteur employait peut-être le pinceau métallique ; en ce cas, le courant ne fait que s'étendre en surface et « on agit ainsi principalement sur les nerfs sensitifs cutanés et l'excitation de ceux-ci, comme celle des nerfs sensitifs spéciaux et profonds, produit une circulation plus active et une élévation de température (3). » Mais en ce cas, l'électricité n'agit que comme le pincement, les frictions, ou d'autres révulsifs d'un emploi plus simple et plus facile.

V

Des quelques considérations que je viens d'esquisser sur la guérison du cas d'œdème éléphantiasique que j'ai observé et de l'observation elle-même, on peut

(1) Silva da Araujo. *Atlas des maladies de la peau*, p. 17.
(2) Onimus et Legros, *Traité d'électricité médicale*, p. 327.
(3) Onimus et Legros, p. 329.

déduire quelques conclusions pour la thérapeutique des lipômes et des œdèmes dont la cause efficiente n'est ni le cœur, ni les reins, ni la glande thyroïde.

J'ai insisté sur le constat avant tout traitement électrique d'un léger relief séparant les jambes de ma malade en deux parties, une supérieure molle, lipomateuse, une inférieure dure, résistante, tendue, rouge, œdématiée. Actuellement la consistance des téguments est uniforme tout le long des jambes; les parties inférieures sont peut-être un peu plus molles que les parties supérieures; cela tient à ce qu'elles sont recouvertes d'une peau devenue trop large par suite du retrait énorme qu'elles ont subi.

Mais il faut remarquer que le résultat esthétique n'est pas complètement satisfaisant et que la malade — guérie au point de vue de ses fonctions de relation — présente quand même un léger bourrelet à la partie interne des deux chevilles. Fait intéressant d'autant plus que la consistance de ces bourrelets résiduels ne peut laisser aucun doute sur leur consistance graisseuse. Le courant continu, dissociant l'œdème de la graisse, a fait disparaître l'infiltrat lymphatique et a été absolument sans effet sur l'infiltrat lipomateux. Il est donc légitime de conclure que traiter l'adipose localisée par le courant continu est une thérapeutique illusoire qui ne peut causer que des déceptions.

Au contraire, traiter les œdèmes lymphatiques (ceux que j'ai cités plus haut mis à part) par la galvanisation paraît rationnel. Aussi l'œdème circonscrit de la peau, les résidus hypertrophiques d'affections cutanées ou syphilitiques, les œdèmes trophiques, même les œdèmes bleus hystériques me paraissent justifiables du courant continu. Je n'ai certes pas la prétention de résoudre d'un trait de plume la question du traitement des œdèmes; mais le succès que j'ai obtenu par le courant de pile dans un œdème monstre doit bien faire augurer de son emploi dans ces œdèmes variés, devant lesquels, jusqu'à présent, la médecine a fait faillite.

BIBLIOGRAPHIE

Les actualités médicales. La Grippe, par L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, avec 7 figures dans le texte. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1898.

Ce petit traité de la grippe fait partie d'une collection publiée sous le titre : *Actualités médicales*. C'est dire que cette monographie a été écrite dans un esprit nouveau, un peu différent de celui qui guide la description des maladies dans les traités didactiques, c'est-à-dire en tenant compte de toutes les idées actuelles que comporte le sujet de manière à ne pas faire double emploi avec les traités. M. Galliard s'est chargé du volume de la grippe, dont il a tracé les caractères avec un grand esprit clinique d'après les épidémies observées dans ces dernières années. Le praticien trouvera dans ce volume, outre la description clinique et les modalités de la grippe, les relations de cette maladie avec les maladies chroniques, avec les diathèses, ses complications si variées du côté des différents appareils et organes, enfin le traitement des formes et des complications de la grippe, le tout en descriptions rapides, imagées, saisissantes, ne perdant jamais de vue le côté pratique. On ne peut douter du succès de cette monographie. L. J.

Les déséquilibrés des jambes, étude psychologique et thérapeutique, par le Dr Gelineau, 1re série : **les astasiques**. — Paris, Société des éditions scientifiques, 1898.

Dans la catégorie de malades dont M. Gélineau s'occupe ici sont rangés ceux qui sont atteints de troubles du sens musculaire. Lorsque le sens fonctionne dans sa plénitude normale, il nous donne une sensation de bien-être et s'il est troublé, nous n'avons plus le sentiment de l'équilibre. Ces troubles lorsqu'ils portent sur les muscles des membres inférieurs varient dans de larges limites, depuis la lassitude jusqu'à l'impotence fonctionnelle absolue. Cette catégorie de malades comprend trois classes : les déséquilibrés astasiques, les ataxiques et les paralytiques. M. Gélineau étudie les premiers d'après un certain nombre d'observations qu'il a pu recueillir depuis quelques années. Nombreuses sont les causes apparentes du mal, mais M. Gélineau insiste avec raison sur le rôle que jouent les accidents graves et en particulier les accidents de chemin de fer (Railway-Spine), la syphilis, les intoxications, les fièvres graves, la puerpéralité, sont les autres influences pathogéniques qu'on a signalées. Comme cause prédisposante, il faut certainement signaler la névropathie neurasthénique et aussi l'influence de l'hérédité dont une observation de l'auteur montre la netteté. La pathogénie fait l'objet de développements étendus dans cette monographie intéressante à beaucoup de points de vue. L. J.

La théorie de la pathogénie fonctionnelle des déformations, par le prof. J. Wolff, de Berlin; Traduit par le Dr M. Bilhaut, chirurgien de l'hôpital international. — Paris, A. Coccoz, éditeur, 1897.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé d'établir la théorie de la pathogénie fonctionnelle des déformations. Dans une première partie l'auteur soumet d'abord à un nouvel examen la théorie dite de la pression, qui a été jusqu'à présent considérée comme la base de tous les actes d'interprétation de l'étiologie des déviations osseuses. Wolff montre l'inexactitude de cette théorie en s'appuyant sur des démonstrations anatomiques et mathématiques et sur des considérations cliniques. L'auteur montre ensuite que l'os possède une forme fonctionnelle exactement adaptée au mécanisme de sa fonction. C'est là le point de départ de la théorie de la

pathogénie fonctionnelle des déformations osseuses, que M. Wolff appuie sur des preuves anatomiques spéciales. Le mémoire se termine par l'examen des objections formulées jusqu'à présent par certains auteurs contre cette théorie, ainsi que des confirmations dont elle a été l'objet. Cette théorie est importante à connaître parce qu'elle conduit à une orthopédie fonctionnelle plus efficace dans la pratique. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 juin 1898. — Présidence de M. Wolf.

Vision entoptique et sensibilité dans la tache jaune. — M. Aug. Charpentier. L'œil placé devant un champ lumineux uniforme ne perçoit aucune différence d'éclairement, bien que la rétine ne soit pas également éclairée partout et qu'elle présente dans ses diverses parties de notables différences de sensibilité. On sait que la lacune de Mariotte n'est pas distinguée dans les conditions ordinaires, elle donne la même sensation de clarté que les parties voisines. L'ombre des vaisseaux rétiniens n'est pas perçue davantage. La tache jaune (*macula*), moins sensible que le reste de la rétine, devrait donner une ombre très reconnaissable, d'autant plus que cette partie est beaucoup plus étendue qu'on ne se le figure ordinairement. Le diamètre de la *macula* étant de 2 à 3 millimètres, sa projection à 30 centimètres a une largeur d'au moins 3 à 5 centimètres; à 1 mètre, la *macula* devrait former une ombre presque circulaire de 12 à 18 centimètres de diamètre. Encore cette étendue comprend des zones de sensibilité très différente, dont la plus remarquable est la *fovea centralis*, qui en occupe le centre et qui a une largeur environ dix fois moindre.

L'uniformisation de l'intensité lumineuse apparente entre ces diverses parties de la rétine peut être attribuée en partie à ce que la sensibilité s'émousse assez rapidement aux points les plus sensibles, qui sont les plus fortement excités; mais les faits énoncés dans ma dernière Note montrent qu'il faut surtout mettre en cause l'irradiation nerveuse, qui, se portant des parties plus excitées (plus sensibles) aux parties moins excitées (moins sensibles), tend à mettre en équilibre fonctionnel toutes les cellules de la sphère visuelle corticale.

Mais il n'en est plus de même, et cet équilibre n'a pas le temps de se produire si, au lieu de faire agir sur la rétine une excitation continue, on varie brusquement et plus ou moins fréquemment son état d'excitation; on prend alors sur le fait les courants sensoriels en question et l'on met en évidence de la façon la plus nette les différences d'éclairement ou d'excitabilité rétinienne.

L'indication principale à remplir pour obtenir ce dernier résultat est d'avoir un champ visuel rigoureusement uniforme et surtout de très faible intensité. En se plaçant dans les conditions indiquées pour voir l'ombre de la pupille, j'ai pu souvent voir en même temps, au moment où l'œil est brusquement découvert, l'ombre des grosses branches de l'arbre vasculaire de Purkinje (vaisseaux rétiniens).

L'ombre de la *macula lutea* se produit le plus facilement au moment du crépuscule, en regardant sur un sol clair, ou sur le ciel du côté opposé au soleil couché. On couvre et l'on découvre largement les yeux, soit par un écran, soit tout simplement par des mouvements de fermeture ou d'ouverture des paupières. Avec des mouvements assez lents de l'écran (au-dessous de 1 ou 2 par seconde), on voit devant le regard une tache sombre uniforme; pour une fréquence plus grande (3 ou 4 par seconde), la tache sombre est remplacée par une tache claire entourée d'un anneau sombre; des mouvements encore un peu plus rapides montrent cette zone sombre entourée elle-même d'un second anneau plus clair que le fond du champ visuel. L'étendue apparente de la région où se montrent ces phénomènes, mesurée à une distance donnée de l'œil, correspond bien à celle de la tache jaune. Quant aux rapports de ces alternatives concentriques de lumière et d'ombre avec les oscillations rétiniennes que j'ai décrites précédemment, je n'ai pu les préciser jusqu'à présent (Maxwell, Exner, etc., ont décrit diverses observations paraissant se rapporter à la perception de la tache jaune, mais dans des conditions qui étaient loin d'être rigoureusement définies).

Quant à la *fovea centralis*, le meilleur moyen de la voir entoptiquement est de produire à l'aide d'un spectroscope le scotome central que j'ai trouvé depuis longtemps d'abord dans le bleu, puis dans toutes les autres couleurs. L'instrument étant éclairé faiblement, par un jour moyen, avec la fente à son minimum d'ouverture, on peut, en déplaçant très légèrement l'œil par de petits mouvements latéraux au-devant de l'oculaire, réaliser des variations alternatives d'éclairage suffisantes pour faire percevoir divers phénomènes entoptiques, par exemple la projection des plus petits vaisseaux rétiniens, les lignes fines de Nuel, et enfin la projection de la *fovea*; celle-ci se montre sous forme d'une petite tache sombre entourée d'un anneau plus clair que le fond environnant; je puis la dessiner facilement sur le papier: elle a alors en moyenne une largeur de 2 millimètres, l'anneau clair a à peu près un diamètre double. Pour plus de précision, on peut projeter la tache à distance fixe sur une échelle graduée qu'on observe à l'aide du second œil; en estimant ainsi sa largeur, on trouve qu'elle correspond à une image rétinienne de 0 mm., 2 à 0 mm., 3; ce sont justement les dimensions de la *fovea*.

Ce scotome central paraît un peu plus large dans le bleu et le vert bleu que dans les rayons moins réfrangibles à partir de E. Plus facile à percevoir dans le bleu (où il exige un peu plus de lumière), *il est visible partout, dans l'extrême rouge y compris*. Pour l'observer il vaut mieux, quand on le peut, déplacer latéralement le spectroscope que de remuer la tête; un petit spectroscope est donc préférable, surtout quand il peut tourner facilement autour d'un pied vertical; quant au spectre, il est indifférent de l'orienter parallèlement ou perpendiculairement au déplacement du regard; mais, dans le second cas, on est sûr de n'opérer à la fois que sur une zone spectrale unique.

Cette production d'un scotome central très net a une grande importance, non pas tant en confirmant mes expériences anciennes (de 1877 et 1884) qu'en donnant la raison d'une erreur expérimentale commise par plusieurs observateurs dans l'observation de la tache jaune. Ces observateurs (Kœnig, von Kries, etc.), dominés par l'idée de M. Parinaud que les bâtonnets seuls peuvent donner la sensation incolore que j'ai montrée être à la base de toute sensation visuelle, même d'origine rigoureusement monochromatique, ont cru reconnaître qu'une excitation colorée, vue sous le minimum perceptible, n'est pas vue incolore par la *fovea*.

J'ai vérifié le contraire plus de cent fois, mais à la condition de prendre des précautions toutes spéciales pour maintenir absolument le regard dans la direction du centre de la *fovea*, dont il tend avec force à s'échapper, tant qu'on ne lui présente que de petits points éclairés au minimum : il fuit alors le point central avec une persévérance inouïe, pour se fixer sur les parties immédiatemeùt voisines, plus sensibles (anneau clair de la figure entoptique); on ne peut le ramener au centre qu'en lui fournissant un point de repère fixe sur lequel il s'oriente. J'ai décrit ailleurs ces expériences de vérification, sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre en ce moment (voir *Archives d'Ophtalmolgie*, mai 1896; *Association française, Congrès de Carthage*, 1896). Elles démontrent, sans doute possible, qu'au centre comme partout ailleurs, et pour toutes les couleurs, la sensation minima est incolore ; que, par conséquent, elle peut être fournie par les cônes (seuls éléments centraux) aussi bien que par les bâtonnets ; que la vision nette et la perception des couleurs ne marchent pas de pair l'une avec l'autre ; que le maximum de perception des couleurs est *non au centre*, mais *sur les bords de la fovea*, tandis que le point central est au contraire le lieu du maximum de distinction nette des détails, fonction qui entre en jeu dès que l'éclairement a atteint une valeur suffisante. Il est facile de conclure que la perception des couleurs n'est pas simplement fonction de l'excitation des cônes, ainsi qu'on est trop disposé à l'admettre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend : 1° Une lettre de M. Benjamin Anger qui retire sa candidature; 2° une lettre de M. le Dr Garnier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, qui pose sa candidature au titre de correspondant national (section de chimie et de pharmacie).

M. Blache présente un crachoir de poche en expérience à l'hôpital de Villiers-sur-Marne.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un associé libre. Nous rappelons la liste de présentation des candidats : En 1re ligne M. Commenge : en 2e ligne MM. Filhol et Richer; en 3e ligne MM. Corlieu, Galippe et J. Voisin.

Au premier tour de scrutin, sur 93 votants (le plus haut chiffre de votants que nous ayons encore vu à l'Académie), majorité 47. M. Richer obtint 41 suffrages, M. Commenge 31, M. Galippe 18, M. Corlieu 1. Il y a 2 bulletins blancs.

Au second tour de scrutin, il y a 95 votants, majorité 48. M. Richer est élu par 59 suffrages contre 33 donnés à M. Commenge, 2 à M. Galippe, et 1 à M. Corlieu.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un associé étranger. La Commission présente, en 1re ligne, M. Van Lair, de Liège, en 2e ligne, M. Rommelaere, de Bruxelles, en 3e ligne, M. Ringer (Sydney) de Londres.

Sur 69 votants, majorité 35, M. Van Lair est élu par 61 voix contre 5 données à M. Rommelaere, 2 à M. Sydney Ringer et 1 bulletin blanc.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à la fin de la prochaine séance pour entendre le rapport de M. Delorme sur les candidats à la place de titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Lecture. — M. Léon Lallemand, correspondant de l'Institut, lit un fragment d'un ouvrage sur les médecins pendant la période révolutionnaire et termine par une lettre de Bichat, déjà célèbre, demandant à être nommé médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu.

A 4 h. 20, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Porak sur les candidats dans la section d'accouchements.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Ribemont-Dessaignes; en 2e ligne, par ordre alphabétique : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doleris, Labadie-Lagrave, Maygrier.

A la fin de la prochaine séance, M. Delorme lira un rapport sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale ; la liste sera ainsi formée : en 1re ligne, M. Peyrot ; en 2e ligne, M. Bouilly ; en 3e ligne, MM. Kirmisson et Quénu ; en 4e ligne, M. Segond, en 5e ligne, M. Schwartz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juin 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Gangrène du poumon traitée par la pneumotomie. — MM. Galliard et Bernard. Un homme âgé de 51 ans, anémié et cachectique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 23 mai. Il crache du pus fétide et ressemble à première vue à un phtisique à la dernière période. A la base droite, on constate, en arrière, de la matité complète et du souffle tubaire, dans l'aisselle de la matité avec une suppression du murmure vésiculaire. On admet un foyer de gangrène pulmonaire au milieu d'un bloc d'hépatisation du lobe inférieur droit. On pouvait songer aussi à une pleurésie purulente ouverte dans les bronches, mais la ponction exploratrice, pratiquée en arrière sur deux points distincts, ne fournit que du sang, l'aiguille ayant pénétré dans le parenchyme pulmonaire.

L'origine de cette gangrène échappe; il n'y a ni diabète, ni tuberculose.

Le 26 mai, M Blum pratique la thoracotomie; il résèque deux segments des huitième et des neuvième côtes et incise largement, à l'aide d'un thermo-cautère, le poumon qui est trouvé adhérent à la paroi. On voit s'écouler un flot de pus fétide avec des lambeaux de poumon sphacélé. Le doigt pénètre dans une cavité pulmonaire presque aussi grosse que le poing. Pas d'hémorragie au niveau de la plaie. Pas d'hémoptysie. Après l'opération, la fétidité des crachats disparaît. Malheureusement la fièvre, qui n'existait pas avant l'opération, s'allume : 40° le soir. Le malade succombe le neuvième jour.

A l'autopsie on trouve une collection purulente enkystée dans la plèvre droite, à distance du foyer pulmonaire, fixée en avant et en bas sur le diaphragme. Sa situation explique pourquoi elle a échappé à la thoracotomie largement pratiquée.

En même temps, il y a de la péricardite et une hypertrophie du foie. Dans le poumon droit, pas d'autre foyer gangréneux que celui dont on a favorisé l'évacuation pendant la vie; pas de tubercule ni à droite ni à gauche.

L'examen bactériologique du pus de la pleurésie et du pus péricardique, sur lamelles, a montré l'existence de streptocoques et surtout de staphylocoques; les cultures ont donné des colonies prédominantes de staphylocoques.

M. Netter. Il est souvent difficile de savoir si l'on est en

présence d'un foyer de gangrène pulmonaire ou d'un cas de dilatation des bronches; dans le cas de dilatation des bronches l'opérateur qui bourre de gaze la cavité qu'il a créé rend le pus plus stagnant et dès lors l'opération échoue. Du reste, il ne réussit dans les cas de gangrène que quand le foyer est unique.

Glycosurie transitoire ayant succédé à l'emploi de la somatose chez une nourrice. — M. L. Rénon. Drews a attiré l'attention sur l'effet remarquable produit par la somatose sur la sécrétion lactée dont elle serait, pour ainsi dire, le spécifique : le fait a été vérifié depuis par beaucoup d'auteurs et, tout récemment, par Joachim.

Dès lors j'ai cru pouvoir employer cette préparation d'albumose chez une nourrice de quarante ans, neurasthénique, dont le lait avait considérablement diminué après une légère atteinte de grippe. Le résultat fut d'abord excellent; la sécrétion lactée se rétablit très rapidement et devint très abondante; mais trois semaines après, la malade était devenue glycosurique. Les urines contenaient 3 grammes de sucre par litre, leur densité n'étant que de 1018. Comme l'enfant ne voulait plus téter, je fis supprimer la somatose, et la glycosurie ainsi que la lactation disparurent en très peu de temps.

La glycosurie me semble liée à l'usage de la somatose, puisqu'elle apparut et disparut en même temps que celle-ci.

Comment expliquer l'action de la somatose sur la glycosurie? Peut-on invoquer une action directe? Celle-ci, bien improbable au premier abord, ne me paraît pas devoir être écartée de parti pris, car Naunyn et Lépine ont vu des diabétiques rendre beaucoup de sucre après avoir ingéré beaucoup de viande, et quelques chimistes (F. Muller, Kravkow, etc) ont pu obtenir du sucre aux dépens de certaines matières protéiques: enfin d'après Pavy, les matières albuminoïdes auraient la constitution des glucosides.

S'agit-il, au contraire, d'une glycosurie liée à l'abondance de la sécrétion lactée, et produite, comme le veut Lecorché, par l'absorption d'une très grande quantité de sucre formée par les mamelles et non éliminée? La somatose n'aurait alors fait que dépasser le but, en provoquant une lactation trop abondante.

Quoi qu'il en soit de ces considérations pathogéniques, l'alimentation par les albumoses et par la somatose est digne d'attirer l'attention, et il serait bien utile d'en préciser les avantages ou les inconvénients thérapeutiques.

M. Legendre. Etant donné la fréquence des glycosuries transitoires chez les nourrices, il me semble difficile d'affirmer que, dans le cas de M. Rénon, le sucre urinaire ait apparu sous l'influence de la somatose. Peut-être s'agissait-il d'une de ces malades qui sont en imminence de diabète, et chez qui toute augmention dans l'apport nutritif, et en particulier toute augmentation des albuminoïdes, peut amener de la glycosurie.

Périostite gommeuse du tibia guérie par une injection de calomel. — M. Jacquet présente un malade atteint de déformations et de bosselures des deux tibias, reliquats d'une périostite syphilitique guérie. Ce malade avait subi pendant quinze jours un traitement consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium à haute dose. Aucun amendement n'étant survenu, on pratiqua une injection hypodermique de 0,05 centigr. de calomel; dès le lendemain, les douleurs diminuèrent, et au bout d'une semaine, le malade put être considéré comme guéri.

Méningite à pneumocoques. — M. Florand a observé une méningite chez une jeune fille de 12 ans, qui avait eu, quinze jours avant les symptômes cérébraux, des troubles nasaux. Cette malade subit, par l'intermédiaire de M. Netter, la ponction lombaire au neuvième jour et succomba dans le coma au bout de dix jours de maladie. L'examen bactériologique n'est pas encore définitivement connu; néanmoins les tubes contenant du liquide céphalo-rachidien placés à l'étuve ont donné lieu à un riche développement de pneumocoques.

M. Netter insiste sur l'épidémie de méningites pneumococciques qu'il observe actuellement et qui atteint déjà le chiffre de 32 cas.

M. Dalché a observé il y a dix ans un cas de pneumonie chez un homme qui, pendant la convalescence, présenta des symptômes méningitiques. Ce malade guérit du reste et l'auteur croit qu'il avait affaire à une méningite à pneumocoques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 avril 1898. — Présidence de M. L. Gourichon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Séailles et Kinzelbach s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

La Correspondance comprend : les journaux habituels; les tableaux statistiques de la Ville de Paris (octobre et novembre 1897); le bulletin de la Ligue nationale contre l'alcoolisme; aérothérapie et bains d'air comprimé du Dr Paul Delmas; les troubles cardiaques chez les obèses du Dr Philbert, de Brides; trente années de pratique médicale à Contrexéville par le Dr Debout d'Estrées, etc. — Une lettre de démission du Dr Lagelouze; la démission est acceptée. — Une demande d'admission du Dr Droubaix, 10, place de la Bastille (XIe arrond.). La Commission chargée d'examiner cette candidature sera composée de MM. Blind, Bimsenstein et Yvon, rapporteur. — Une lettre de remerciements du Dr de Ranse, membre titulaire, nommé membre associé libre. — Une lettre de remerciements du Dr Commenge, pour les félicitations adressées au nom de la Société, à propos de son livre sur la *Prostitution clandestine à Paris*. — Lettres des docteurs Sangline et Félix Mathieu, nommés membres titulaires de la Société à la dernière séance. — Une lettre du Dr Michaut. — Une lettre du Dr Cart, retirant de l'ordre du jour sa question sur une nouvelle appellation des médecins des Bureaux de bienfaisance.

M. Le Président. La question sera discutée tout à l'heure, malgré la lettre de M. Cart.

Le secrétaire général communique à la Société la liste des 12 médecins de l'assistance à domicile tirés au sort, susceptibles d'être membres du jury au prochain concours: les quatre premiers, MM. Langlois (XIIIe arrond.), Puech (XVe arrond.), Meugy (VIIe arrond.) et Fabre (XVIIe arrond.), ont transmis leur acceptation à l'administration. — 82 candidats sont inscrits pour ce concours.

— Il annonce à la Société qu'il a demandé au Dr A. J. Martin, délégué au Congrès d'hygiène de Madrid par la Ville de Paris, de vouloir bien profiter de sa présence en Espagne pour recueillir, s'il le peut, des informations

sur la manière dont se pratique dans ce pays le service médical à domicile.

Il donne lecture d'une circulaire de l'administration qui informe les médecins des Bureaux de bienfaisance qu'à l'avenir, chaque fois qu'un médecin de l'assistance à domicile aura besoin d'analyses soit pour les angines suspectes, soit pour l'examen des malades soupçonnés de tuberculose, il pourra envoyer chercher un nécessaire qui lui sera délivré immédiatement et qu'il devra retourner au laboratoire, place Lobau, pour l'analyse. Ce résultat devant être envoyé au médecin qui l'a demandé, il devra, en renvoyant le nécessaire au laboratoire, y joindre une carte-télégramme fermée de cinquante centimes qui lui sera remboursée par M. le Secrétaire-trésorier.

Mort du Dr Berrut. — M. Billon. J'ai maintenant, mes chers collègues, le profond regret de vous apprendre la mort du Dr Berrut, membre associé libre de notre Société depuis 1875. Je n'ai pu assister aux obsèques de M. Berrut qui ne se sont pas faites à Paris, le corps ayant été transporté directement dans la Provence, dont il était originaire.

M. Berrut aimait beaucoup notre Société et plusieurs d'entre nous se souviennent de l'avoir vu à cette table, éclairant nos discussions par des remarques et des observations empreintes du plus grand sens clinique. Au mois d'avril dernier, j'avais eu l'honneur de rapporter devant vous un travail que M. Berrut nous avait envoyé sur un sujet de gynécologie dont il avait fait l'étude et le souci de toute sa vie médicale.

Je désire vous citer un fait de l'existence de M. Berrut qui vous prouvera l'honnêteté et la tenacité de ses opinions et qui pourra vous éclairer si les éventualités de la pratique médicale vous plaçaient devant une difficulté semblable à celle qui lui était survenue.

En décembre 1875, M. Berrut présente à la mairie du VIIe arrond. une enfant du sexe féminin qu'il déclare née de père et mère inconnus, et dont le domcile de la mère était également déclaré inconnu. Refus par la mairie de recevoir cette déclaration. M. Berrut fait citer le maire devant la 1re Chambre du tribunal civil. Le tribunal donne raison à notre collègue et proclame que son jugement tiendra lieu à la jeune Louise-Armande d'acte de naissance et qu'il sera inscrit sur les registres des actes de la mairie de l'arrondissement. Voici les conclusions que tirait alors de cette aventure, dans la *Gazette des hôpitaux*, notre regretté collègue :

Tout ce qui rattache l'enfant à la société, le médecin doit le dire.

Tout ce qui rattache l'enfant à la mère, le médecin doit le taire.

Nous avons perdu, Messieurs, un collègue savant, consciencieux, avec qui il m'avait été donné, tout particulièrement, d'avoir les relations les plus cordiales et j'ai tenu à faire revivre pour un instant sa figure sympathique au milieu de nous.

M. Berrut laisse un jeune fils encore au collège qui a l'intention de faire ses études médicales. Je vous demande la permission de lui écrire au nom de la Société pour lui exprimer la part qu'elle prend à sa douleur. (*Assentiment général.*)

M. le Président. La Société remercie M. le secrétaire général des paroles qu'il vient de prononcer et l'autorise à écrire au fils de notre regretté collègue une lettre qui l'assure de toute notre sympathie.

D'une nouvelle appellation des médecins des Bureaux de bienfaisance. — M. le Président dit qu'il regrette que M. Cart renonce à soutenir le titre de médecin de l'Assistance publique qu'il avait proposé dans la lettre lue précédemment à la Société. Les médecins ayant un titre acquis au concours, il est juste qu'ils puissent s'en servir. Malheureusement, c'est un titre que nous honorons, mais qui ne nous honore pas.

M. Billon. La question a été résolue par le ministère de l'Intérieur par la dénomination de médecin de l'Assistance médicale à Paris.

M. Gibert ne croit pas que le titre de médecin de l'Assistance publique corresponde à celui de médecin des Bureaux de bienfaisance qui est celui que nous devons avoir.

Après différentes observations de MM. Noir et Rueff, la question est renvoyée à l'examen du bureau.

Du rôle des médecins des Bureaux de bienfaisance dans l'hygiène publique à Paris à l'heure actuelle. — M. Dufournier. (V. ci-après, p. 396.)

M. Castinel demande à la Société d'émettre un vœu en faveur de la nomination des médecins des Bureaux de bienfaisance dans les commissions d'hygiène.

Quelques membres font observer que la Société a déjà émis antérieurement un pareil vœu, mais comme il est resté sans application courante, M. Dufournier propose l'ordre du jour suivant qui est voté à l'unanimité :

« La Société médicale des Bureaux de bienfaisance, considérant que les médecins des Bureaux sont des mieux placés pour connaître les desiderata au point de vue de l'hygiène dans leurs circonscriptions, émet le vœu :

Que M. le Préfet de Police rappelle à MM. les maires que les médecins des Bureaux de bienfaisance soient désignés pour faire partie des commissions d'hygiène d'arrondissement, soit comme membres titulaires, soit comme membres adjoints. »

Election. — M. Boudin lit son rapport sur la candidature du Dr Virey et analyse la thèse de notre confrère qui traite des formes nerveuses anormales de la grippe.

Le Dr Virey est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.

Organisation du Bureau de bienfaisance de Nancy, par M. Gustave Weil. — La Société félicite l'auteur de ce rapport et en vote l'impression sinon dans toute son étendue, du moins dans ses parties essentielles.

Sur quelques particularités de la dernière épidémie de grippe (exanthèmes, accidents nerveux, méningisme, neurasthénie). — M. Noir relate plusieurs observations de grippe dans lesquelles se produisit une éruption pouvant faire croire à la scarlatine et dont le diagnostic était des plus difficiles. Il insiste également sur la prédominance des phénomènes nerveux dans la dernière épidémie, voire même des accidents méningés chez les jeunes enfants.

M. Weil cite à ce sujet un cas de pseudo-scarlatine, pris pour une véritable scarlatine par un autre confrère, et qu'il a cru pouvoir attribuer à une éruption grippale, à cause de l'anomalie du siège de cette éruption, le siège classique du tronc manquant, et l'éruption s'étant faite par placards au lieu d'être généralisée.

M. Raymond Martin a vu un enfant atteint de grippe présenter une éruption avec adénopathie cervicale.

M. Tolédano a suivi dans une famille les trois faits suivants : La fille, 3 ans, a eu une angine avec éruption mais sans fièvre ni albuminurie. Le frère, âgé de 6 ans, a été pris

quelques jours après et, chose curieuse, le frère a desquamé, tandis que la fille n'a eu aucune desquamation. La mère, elle-même, fut prise d'une angine et n'eut aucune éruption.

M. Doury fait remarquer qu'il faut toujours examiner la langue avec soin, car la desquamation de la langue a une grande importance avec son aspect vernissé pour le diagnostic de la scarlatine.

M. Raymond Martin ajoute que souvent l'éruption manque dans la scarlatine.

M. Bimsenstein a soigné un enfant de 10 ans scarlatineux dont la température était de 40° 5 le premier soir qu'il le vit ; le lendemain matin la température atteignant 41° 5, il lui fit donner des bains, ce qui n'empêcha pas le thermomètre de s'élever à 41° 8 le soir même, enfin le troisième jour l'enfant mourait avec une température de 42°.

Compte rendu de la visite du Président et du Secrétaire général à M. le Directeur genéral de l'Assistance publique. — M. le Président. Messieurs, le 14 mars, nous nous sommes rendus, le Dr Billon et moi, près de M. le Directeur général de l'Assistance publique pour l'entretenir des deux questions traitées à notre dernière séance. Nous avons vu en même temps M. Baudoüin des Salles, chef de la division des secours.

En ce qui concerne notre participation à l'Exposition, il a été décidé que, dans la partie du pavillon de la Ville de Paris réservé à l'Assistance publique, une place serait accordée à la Société médicale des bureaux de bienfaisance pour exposer ses travaux dans la section affectée au service du traitement à domicile.

Relativement à *l'assistance des femmes enceintes, non encore arrivées au terme de leur grossesse, qui sont menacées d'avortement ou d'accouchement prématuré* et à qui la sage-femme n'a pas encore été accordée par la Commission administrative, il a été convenu que, *dans les cas d'urgence*, la sage-femme sera donnée immédiatement par la Mairie sur la demande des familles. De plus, le médecin, s'il a été appelé en premier lieu, aura le droit de requérir directement les sages-femmes, lorsqu'il le jugera utile.

Nous nous sommes longuement entretenus avec M. le Directeur et avec M. le Chef de Division du service des secours à domicile de la question de la réorganisation du service des accouchements à domicile.

M. le Directeur nous a fait connaître que la Société des accoucheurs des hôpitaux, réunie par ses soins, n'acceptait pas que ses membres fussent appelés par les médecins des Bureaux de bienfaisance dans les cas de dystocie. Les accoucheurs des hôpitaux déclarent qu'ils ne peuvent opérer chez les malades des Bureaux de bienfaisance, en raison du milieu et des conditions défectueuses pour le succès d'une opération, mais seulement à l'hôpital où ils ont à leur disposition les aides, les instruments, les antiseptiques, etc... leur permettant de mener à bonne fin les interventions difficiles dans un milieu favorable ; un accoucheur est toujours de garde et peut être appelé à l'hôpital où la parturiente aura été transportée. Au surplus, les accoucheurs des hôpitaux se tiennent à notre disposition, lorsque nous les appellerons, mais à titre purement officieux et non pas à titre officiel. Ils ajoutent que si cette intervention des accoucheurs à domicile était connue, elle inciterait les accouchées à refuser d'entrer à l'hôpital.

Ne pouvant compter officiellement sur les accoucheurs des hôpitaux, deux solutions restent en présence. Faut-il créer des accoucheurs des Bureaux de bienfaisance ? Ou bien faut-il continuer à laisser les médecins du traitement à domicile intervenir dans les cas de dystocie, la malade refusant d'entrer à l'hôpital ?

Messieurs, à plusieurs reprises, la Société s'est toujours prononcée contre la présence de spécialistes quelconques dans les Bureaux de bienfaisance (chirurgiens, accoucheurs, etc., etc.) De plus, les cas de dystocie dans le service à domicile chez des femmes se refusant d'une façon formelle à entrer à l'hôpital sont extrêmement rares et ne justifient point la création d'accoucheurs des Bureaux de bienfaisance, de médecins spéciaux.

Dans ces conditions, et par élimination, nous avons été amenés à accepter de continuer à nous charger des cas de dystocie survenant à domicile. Notre premier devoir sera donc, appelés en pareille circonstance, d'engager très vivement la parturiente à se faire admettre à l'hôpital où là seulement elle pourra trouver tous les soins que réclame son état, car nous ne devons pas oublier, nous non plus, que le milieu est évidemment défavorable à une intervention.

Dans l'immense majorité des cas, les malades se laisseront convaincre de l'utilité de leur transport à l'hôpital. Mais si, par hasard, il s'en trouve qui résistent à nos exhortations, il faut mettre absolument notre responsabilité à couvert. Nous nous ferons remettre une déclaration écrite du père notant son refus et ayant connaissance des dangers que fait courir une intervention en pareille circonstance. Nous enverrons aussitôt chercher un de nos collègues pour nous assister avec la sage-femme et nous mettre à l'abri de tout reproche.

M. le Directeur de l'Assistance publique nous a dit qu'il ferait mettre dans chaque Mairie, à notre disposition, les instruments nécessaires tels que forceps, sonde intra-utérine à double courant etc .. Il nous a priés d'en dresser la liste.

Espérons que cet arsenal dormira souvent pour le bien des malades et notre propre tranquillité.

Du reste, cette réorganisation du service des accouchements à domicile va être soumise au Conseil de surveillance.

M. Noir s'étonne que les accoucheurs des hôpitaux ne puissent faire des accouchements laborieux à domicile à cause des mauvaises conditions, quand, dans les mêmes conditions mauvaises, on charge de ces interventions les médecins des Bureaux de bienfaisance naturellement moins compétents !

Visite à M. Navarre, président du Conseil municipal. — L'accueil fait au bureau de la Société a été très cordial.

La question du lait et de la réforme du concours ont été soulevées et M. Navarre a promis son appui.

Désignation de délégués au Congrès de la tuberculose qui sera tenu en juillet 1898. — MM. Séailles et Dufournier sont désignés comme délégués de la Société au Congrès.

Liste des instruments devant entrer dans la trousse dite d'accouchements dans les maisons de secours. — La Société indique les instruments suivants : 1 forceps Tarnier, 1 sonde intra-utérine, 1 sonde uréthrale (femme), 1 stéthoscope, 1 spéculum Fergusson, 1 spéculum Cusco, 1 pince à faux germe, 1 paire de ciseaux, 6 pinces à forcipressure, 1 ballon de Champetier de Ribes avec sa pince introductrice, 1 aiguille de Reverdin courbe et des fils, 1 tube laryngien, 24 serre-fines, chloroforme anesthésique, gaze iodoformée.

Des modifications à apporter au concours des médecins des Bureaux de bienfaisance. — M. Gourichon. Nous avons voté l'an dernier un projet de règlement pour le concours aux places des médecins des Bureaux de bienfaisance ; en relisant ce projet, je me suis aperçu qu'il serait encore indispensable d'apporter les modifications suivantes à notre projet et que je vous demande de vouloir bien approuver :

Atcle 2. — Ajouter : « *Un pharmacien tenant officine ouverte ne peut être candidat.* »

Article 9. — Supprimer : « *Epreuve spéciale à chaque arrondissement.* »

Article 10. — Supprimer : « *Les candidats qui ont obtenu le minimum fixé par le jury.* »

Les modifications proposées par M. Gourichon sont approuvées et votées.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire des séances : Dr Pascal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Torsion du mésentère. Occlusion. — M. Kirmisson. En mars 1898, un enfant de 7 ans 1/2, après une huitaine de jours de troubles intestinaux, fut pris subitement de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz. On l'amène à l'hôpital Le ventre était plat et rétracté Etat général peu marqué, mais vomissements fécaloïdes. Un lavement électrique provoque l'évacuation de matières assez abondantes.

Le ventre resta rétracté — et il est permis de penser à ce moment à des phénomènes méningitiques. Les accidents deviennent de plus en plus graves et au bout de deux ou trois jours le pouls est petit, mou, filant sous le doigt et le faciès tiré. Nous avions affaire à une forme anormale d'occlusion. Dès ce moment il n'y avait plus de doute. Sous le chloroforme, il me parut sentir une certaine torsion. Je fis une laparotomie et dévidai l'intestin grêle de haut en bas jusqu'au cœcum ; je ne vis rien et crus arriver jusqu'au duodénum représenté par une anse placée transversalement. Dans la fosse iliaque droite, je trouvai une distension énorme des veines mésaraïques et aussi un reste de repli du mésentère, auquel je n'attachai pas d'importance. Je refermai le ventre. L'enfant mourut. L'autopsie montra qu'il était impossible de dérouler complètement l'intestin grêle. Il y avait une torsion complète de l'intestin de gauche à droite, autour de l'insertion du mésentère au rachis. Le duodénum venait devant le gros intestin et le jejunum passait en arrière.

Pendant la vie aurait-on pu arriver à détordre l'intestin? cela est possible. La rétraction complète et persistante de l'abdomen faisait écarter le diagnostic d'occlusion intestinal ou tout au moins devait faire penser à un arrêt placé très haut. M. Delbet dans ses faits insistait sur l'énorme développement de l'abdomen. Chez mon malade au contraire existait une rétraction.

C'est un nouvel exemple de l'incertitude des descriptions et de la variété imprévue de la clinique.

M. Reynier. Les faits de M. Delbet de torsion complète ne sont peut-être pas aussi rares qu'on semble le croire. J'en ai vu deux faits dans mon service, et je trouve la chose dans le Dictionnaire en 30 merveilleusement décrite. En 1892, M. Isch-Wall eut l'occasion de détourner ainsi toute une masse intestinale dont la torsion amenait l'occlusion. Dans un second fait que j'ai opéré après avoir sorti toute la masse intestinale, on put voir la bride formée par le mésentère tordu, dans lequel se voyaient de grosses veines distendues. Il n'y a pas seulement étranglement, il y a gêne de la circulation, d'où l'explication de la présence de la sérosité dans l'abdomen.

M. Monod. J'ai vu une jeune fille de 15 ans présentant une dilatation partielle de l'intestin grêle, que je reconnus par la laparotomie faite pour des phénomènes d'occlusion. Je dus faire une ponction de l'intestin. Je vis alors que le mèsentère était tordu. J'imprimais un mouvement de spire de droite à gauche et le mésentère revint à son état normal. Je fermai le ventre, sans illusion, les anses étaient noires, verdâtres et les lésions au 6e jour ne me laissaient guère d'espoir. La malade mourut le lendemain matin.

Cholédochotomie. — M. E. Michaux. Je ne crois pas que la cholédochotomie sans suture que l'on a faite devant vous, puisse être défendue comme on l'a dit. Dans 4 cas, j'ai toujours pu appliquer des sutures. Dans l'un entre autres j'ai pu faire 16 points de suture et même deux rangs de sutures.

Mes 4 malades ont guéri et viennent à l'appui de cette règle que je soutiens qu'il faut toujours faire la suture en exceptant, cela est évident, les cas où elle est rendue impossible, ce qui est l'exception, par l'état du canal et de l'intestin.

M. Potherat. J'observai il y a 8 mois une jeune femme présentant le facies des hémorrhagies aiguës. On trouva dans le cul-de-sac postérieur une tumeur que l'on incisa par le cul-de-sac. Issue de sang enkysté. La malade continue à saigner. On fait alors la laparotomie et on trouve une trompe rompue dans le péritoine. Celle-ci est enlevée et la malade guérit après tamponnement et injection de sérum.

Fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée, ostéotomie.— Présentation du malade guéri, par M. Lejars.

VARIÉTÉS

Les médecins des Bureaux de bienfaisance et l'hygiène publique (1)

Par le Dr Dufournier

Mon but dans cette note est de rappeler en quelques mots succincts les travaux de la Société sur les grandes questions d'hygiène publique, afin de montrer que depuis quelques années elle a largement rempli le programme inscrit dans ses statuts de 1852, contenu dans cette phrase : « L'hygiène publique et la statistique appliquées à la population indigente et nécessiteuse sont l'objet des travaux de la Société. »

De là on déduira aisément le rôle des médecins des Bureaux de bienfaisance dans l'hygiène publique à l'heure actuelle.

Je passerai en revue les trois grandes questions qui nous ont occupés avant toute intervention officielle : La prophy-

(1) Communication à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris, séance du 13 avril 1898.

laxie de la tuberculose ; la question du lait ; la puerpuéralité.

1° La bactériologie, depuis une quinzaine d'années, a donné à ces questions une physionomie spéciale et il y a lieu d'espérer que les jeunes générations de médecins des Bureaux, qui ont appris l'hygiène théorique avec les données nouvelles, nous présenteront des travaux intéressants lorsqu'ils auront été aux prises avec la pratique des bureaux.

Je m'étendrai peu sur la tuberculose, que vient de traiter M. A. J. Martin. Je ferai toutefois remarquer qu'au moment où une Commission officielle fut nommée et chargée de présenter un rapport sur la prophylaxie de la tuberculose, depuis longtemps déjà des travaux avaient été publiés ici. Du reste une sous-commission fut bientôt constituée pour ce qui concernait les tuberculeux du traitement à domicile et ce sont les conclusions des travaux de MM. Séailles et Bimsenstein qui furent adoptées.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que dans le savant travail primitif de MM. Grancher et Thoinot, rapporteurs de cette Commission, les tuberculeux traités à domicile entraient pour un nombre de 348, alors qu'après consultation de la Société médicale des Bureaux le nombre peut être porté à 2.000.

Avec les données émanant de la Société, tant au point de vue du nombre des tuberculeux qu'au point de vue des mesures à prendre, furent énoncées les conclusions suivantes que vous connaissez :

Chaque tuberculeux sera muni de deux crachoirs (type des hôpitaux).

Les locaux habités par les tuberculeux seront désinfectés par les étuves municipales — suivant indication des médecins traitants. — Une instruction imprimée sur les mesures à prendre contre la tuberculose sera donnée aux malades.

Ce programme qui date d'un an a reçu une ébauche d'exécution. Sur la proposition de M. A. J. Martin à la Société médicale des Bureaux (le 13 janvier 1897), un essai a été fait de distribution de crachoirs et de désinfection dans cinq circonscriptions, deux du VIII[e] arrondissement, une du XI[e], une du XVI[e] et une du XX[e] arrondissement.

Quant à la plaquette-instruction sur la tuberculose, elle n'a pas encore été distribuée. L'essai de désinfection pendant cette année a porté, à notre sens, sur un nombre trop peu considérable de circonscriptions, M. A. J. Martin nous a donné le nombre de tuberculeux qui lui ont été signalés et qu'il a désinfectés (90); mais étant donné qu'il y a 150 circonscriptions environ, l'expérience — avec les imperfections inhérentes à toute innovation — n'a qu'une valeur insuffisante. Nous pensons qu'il serait préférable de prendre un ou deux arrondissements en bloc.

Au moment où les généraux de l'armée médicale vont peut-être faire des discours de haute envolée sur la prophylaxie de la tuberculose à l'Académie, voilà ce qu'ont fait jusqu'ici les simples soldats de cette même armée au point de vue pratique.

Nous pensons que, dans la voie tracée jusqu'ici, il y a intérêt pour les médecins des Bureaux à apporter un soin tout spécial à cette catégorie de malades, étant donné les proportions de mortalité que prend chaque année la tuberculose : 44 p. 100 de la mortalité à Paris.

2° Quelques mots sur la question du lait, — aliment exclusif des nourrissons, au-dessous de un an — médicament pour certaines catégories de nos malades.

Depuis longtemps les médecins des Bureaux, frappés de la mortalité des nourrissons par diarrhée, ont cherché un remède à cet état de choses ; depuis longtemps aussi, ils ont réclamé du lait et du bon lait à titre de médicament pour les indigents et nécessiteux malades. Le travail le plus considérable, le plus complet et qui envisageait la question au point de vue pratique, comptant même minutieusement avec les deniers publics, a été celui du Dr Vildermann, médecin du Bureau du XX[e] arrondissement, distribué ici, et analysé bien avant la constitution de la grande Commission du lait. Lors de la constitution de cette Commission, à l'instigation de M. Strauss, M. Vildermann fut appelé au même titre que les spécialistes du lait, accoucheurs, chimistes, médecins d'enfants, etc.

Le rapport de cette Commission a été publié et nous ne sachions pas qu'il ait été communiqué à la Société médicale des Bureaux. Il y a là une lacune, et pour montrer l'intérêt que prend la Société à ce rapport, il semble qu'il devrait être réclamé. Il pourrait servir de document princeps aux travaux que pourrait suggérer ultérieurement cette question primordiale d'hygiène.

3° Je passe à la troisième grande question : la puerpuéralité.

Il est de connaissance vulgaire dans le monde médical que la moitié des accouchements de Paris sont faits par les soins de l'Assistance publique, mais ce que l'on sait moins c'est que le quart des accouchements parisiens, 15.000 en chiffres ronds, est fait par les Bureaux de bienfaisance, et constatation qui pourra étonner les accoucheurs des maternités hospitalières, habitués à tout le déploiement des précautions aseptiques et antiseptiques, malgré les conditions désastreuses où sont fatalement accomplis les accouchements à domicile, chez ces indigents et nécessiteux, les accidents puerpéraux sont moins nombreux qu'on pourrait le croire. Cependant ils existent encore en nombre suffisant pour éveiller notre attention.

Les efforts faits par la Société pour améliorer cette partie du service ont été résumés dans un travail récent. Vous me permettrez de rappeler pour mémoire que l'une des principales mesures réclamées est la désinfection du domicile de la femme enceinte par le service des étuves.

Si une nouvelle grande Commission est formée un jour pour l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale, nul doute que les documents auxquels j'ai fait allusion ne soient fructueusement consultés, nul doute aussi qu'on appelle au sein de cette Commission, comme il a été fait pour les deux autres, un ou plusieurs médecins des Bureaux.

Vous voyez donc quel est le rôle des médecins des Bureaux dans l'hygiène publique à l'heure actuelle.

J'ajouterai que depuis l'intervention de la Société, les Commissions d'hygiène d'arrondissement, dont les attributions ont singulièrement grandi depuis quelques années, ont été, à juste titre, plus largement ouvertes aux médecins des Bureaux. Pour l'hygiène de l'habitation, ces Commissions d'hygiène renvoient, dans certaines conditions, à la Commission des logements insalubres l'étude de cas particuliers. Je pense que ce côté de l'hygiène ne saurait nous échapper, habitués que sont les médecins des Bureaux à visiter les malades dans les plus insalubres des maisons de Paris, et certes, de ce côté, les médecins des Bureaux pourraient parfois être d'utile conseil pour éclaircir la question « des habitations à bon marché » à Paris. Cette question m'amène à exprimer le vœu que la Société fasse

la demande à M. le Préfet de police du compte rendu des travaux du Comité d'hygiène et de salubrité de la Seine.

Je terminerai en exprimant l'espoir que des travaux d'hygiène touchant nos services surgiront, qu'un jour les médecins des Bureaux, qui tâtent chaque jour le pouls de Paris au point de vue de l'hygiène, seront appelés, grâce à leurs travaux et leur compétence spéciale, à entrer dans les divers conseils d'hygiène, pour le plus grand honneur de la Société et qu'enfin on abordera peut-être une question peu explorée ici, mais toute d'actualité au point de vue de l'hygiène sociale, je veux parler de l'alcoolisme et des moyens de le combattre dans le milieu des indigents et des nécessiteux.

MEMENTO PRATIQUE

De la *Vie scientifique* :

Pour enlever les taches d'encre sur les feuilles d'un livre ou sur une gravure, on fait dissoudre dans l'eau environ 60 à 70 grammes de permanganate de potasse : ensuite on se munit d'acide sulfureux. Avant de commencer l'opération, il faut laisser bien tremper la feuille dans l'eau claire ; on l'éponge un peu entre deux buvards et on opère de suite sans lui laisser le temps de sécher. On verse le permangate sur la tache et on l'y laisse jusqu'à ce que l'encre devienne couleur de rouille très prononcée ; alors seulement on verse la dissolution d'acide sulfureux qui enlève le permanganate et l'encre, ensuite on rince à l'eau claire.

On pourrait peut-être opérer à sec, mais il est à craindre que les ingrédients employés ne fassent des auréoles, tandis que l'eau n'abîme jamais le papier.

Par ce moyen, on peut aussi laver les vieilles gravures ; n'ayant pas d'encre à enlever, on mouille davantage la préparation qui ne détériore pas le papier comme l'eau de javelle.

Pour enlever les taches de bougie sur les vêtements, il convient de bien mouiller la tache avec de l'esprit de vin : la bougie devient pulvérulente ; laisser évaporer l'alcool, secouer à l'aide de quelques chiquenaudes et brosser. Voilà le malheur réparé Il est essentiel de laisser l'alcool s'évaporer tout à loisir, sans quoi la brosse ferait entrer dans le drap la bougie pulvérulente.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Le concours pour l'agrégation (chimie, physique, pharmacologie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. Broca (physique) ; Desgrez (chimie) ; — Lyon : MM. Bardin (physique) ; Sambuc (chimie) ; — Montpellier : M. Bertin-Sans (physique) ; — Toulouse : M. Gérard (pharmacologie).

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Bouffe de Saint-Blaise et Baudron.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La chaire de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monoyer, professeur de physique médicale.

Ecole de médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira, le 7 décembre 1898, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. Anthoaume, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, et Jules Dagonet, directeur de l'asile Saint-Anne.

Par arrêté ministériel, en date du 19 février 1898, a été nommé officier d'Académie, M. le Dr Dive, administrateur de la caisse des écoles du XVIIIe arrondissement de Paris, délégué cantonal.

Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1898, a été nommé officier d'Académie, M. Brouant, pharmacien, président du comité de l'Alliance française du XVIe arrondissement de Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 5 mars 1898, a été nommé officier d'Académie, M. le Dr Desforges, professeur à la Société des secouristes français, à Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 19 mars 1898, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Madamet, médecin principal de première classe, sous-directeur de l'école du Val-de-Grâce et médecin-chef de l'hôpital d'instruction.

Officiers d'Académie. — MM. Lemoine, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce ; Ferraton, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les Drs Dumouly, conseiller municipal, délégué cantonal à Levallois-Perret, et Le Baron, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, circonscription de Levallois-Perret.

Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les Drs Bertrand, conseiller général à Noirétable ; Convers, délégué cantonal à Saint-Etienne, vice-président du comité d'organisation de la vingt-quatrième fête fédérale de gymnastique ; Roche, à Saint-Symphorien-de-Lay ; M. Jobin, pharmacien à Nantua, délégué cantonal.

Par arrêté ministériel, en date du 10 juin 1898, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le Dr Hitier, médecin-inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement de Paris, administrateur de la caisse des écoles ; M. Giroux, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

Officiers d'Académie. — M. le Dr Meunier, conférencier de la Société républicaine des conférences populaires ; MM. Adnet, fabricant d'appareils de chirurgie, à Paris ; et Bruyge, orthopédiste, à Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les Drs Féolde, professeur à la Société française de sauvetage, à Fontenay-sous-Bois ; J. Laborde, à Paris ; Pascalis, président de la Société

d'enseignement populaire de Paris et de la banlieue parisienne; Sibut, publiciste scientifique, à Paris.

Hôpitaux de Paris. — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849, art. 1 et 5, et celle du 7 août 1851, art. 8 *in fine* :

Vu la demande formée par les médecins du Service des aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière à l'effet de participer à la composition des Jurys des Concours de l'Externat, de l'Internat et des prix de l'Internat, par application des art. 6 de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 et 8 de l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, réglementant le recrutement de ces médecins, et qui disposent que « les médecins aliénistes des hôpitaux nommés au Concours « seront assimilés, quant au grade et aux prérogatives, aux « médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite des « Concours du Bureau central, mais sous la réserve qu'ils « ne pourront siéger dans les Concours ordinaires des hôpitaux »;

Considérant que, au moment où a été pris le premier de ces deux arrêtés, il était en même temps demandé d'instituer également un Concours spécial pour la nomination aux places d'élèves attachés aux services des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière;

Que, dès lors, la réserve stipulée dans l'arrêté du 3 mars 1879, « que ces médecins ne pourraient siéger dans les « Concours ordinaires des hôpitaux », semble ne devoir s'appliquer qu'aux seuls Concours pour les places de médecins du Bureau central;

Considérant que telle a été, du reste, l'interprétation donnée de ce texte, le 18 février 1880, par M. Herold, signataire de l'arrêté du 3 mars 1879;

Qu'il y a lieu, en conséquence, de donner suite à la demande des médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière;

Sur l'avis conforme émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 5 mai 1898,

Arrête :

Article premier. — Les art. 118, 120 et 124 du Règlement sur le Service de santé qui détermine la composition et le mode de formation des Jurys des Concours de l'Externat, de l'Internat et des prix de l'Internat en médecine, sont complétés ainsi qu'il suit, savoir :

L'art. 118, relatif au Concours de l'Externat, est revisé comme il est dit ci-après :

« Le Jury des Concours pour les places d'élèves externes « en médecine se compose de huit membres, dont quatre « médecins, trois chirurgiens et un accoucheur.

« La désignation de ces huit membres aura lieu comme « il suit :

« Les quatre médecins seront tirés au sort parmi les « médecins des hôpitaux nommés dans l'année et les deux « médecins adjoints du Service des aliénés de Bicêtre et de « la Salpêtrière. Dans le cas où le nombre des médecins « des hôpitaux nommés dans l'année serait inférieur à six, « on complétera ce nombre : d'abord par les médecins des « hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait « partie du Jury de l'Externat; ensuite et s'il y a lieu, par « les médecins des hôpitaux ayant été déjà juges de l'Externat, en commençant par les moins anciens et dans l'ordre « suivant : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis « ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant de ceux qui auraient fait partie du « Jury de l'Externat de l'année précédente.

« En aucun cas, le Jury ne comprendra plus d'un médecin adjoint du Service des aliénés.

« En ce qui concerne les trois chirurgiens et l'accoucheur, seront tout d'abord désignés les chirurgiens et les « accoucheurs des hôpitaux nommés dans l'année, puis, et « à défaut d'un nombre suffisant de ces membres, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux les moins « anciens qui n'auraient pas encore fait partie du Jury de « l'Externat et enfin les chirurgiens et les accoucheurs des « hôpitaux ayant déjà été juges de l'Externat, en commençant « par les moins anciens et dans l'ordre ci-après : d'abord « ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront « été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant « de ceux qui auront fait partie du Jury de l'Externat de « l'année précédente. »

L'art. 120, relatif au Concours de l'Internat, est complété par la disposition additionnelle suivante :

§ 3. — On mettra dans l'urne, en même temps que les « noms des médecins chefs de service et des médecins des « hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des « quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en « exercice ou honoraires, et ceux des médecins adjoints de « ces quartiers; mais, en aucun cas, le Jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste. »

Le § 6 de l'art. 124, relatif au Concours des prix de l'Internat en médecine, est complété ainsi qu'il suit :

« Pour la Constitution du Jury du Concours de médecine, on mettra dans l'urne, en même temps que les « noms des médecins chefs de service et des médecins des « hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des « quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en « exercice ou honoraires, et ceux des médecins adjoints de « ces quartiers; mais, en aucun cas, le Jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste. »

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 9 juin 1898, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. le médecin principal de première classe Fournier est désigné comme directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Millet, nommé médecin-chef de la place et de l'hôpital militaire de Verdun.

MM. les médecins-majors de première classe Calmette, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims; Monart, pour l'hôpital militaire de Versailles; Catrin, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; Gross, pour l'hôpital militaire de Toul; Charpentier, pour le 155e d'infanterie; Sourris, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Carrière, pour le 2e tirailleurs algériens; Richard, pour le 1er régiment étranger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pongis, pour le 88e d'infanterie; Baudisson, pour le 11e d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la poudrerie du Bouchet; Uffoltz, pour le 127e d'infanterie; Boppe, pour le 146e d'infanterie; Dupret, pour le 1er d'artillerie à Bourges (emploi créé), pour être détaché aux établissements d'artillerie de cette place; Lebon, pour le 12e dragons; de Casaubon, pour le 10e dragons; Ohier, pour le 12e d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la direction de l'artillerie de Vincennes; Lansac, pour le 80e d'infanterie; Trouillet, pour le

4e tirailleurs algériens; Althoffer, pour le 4e d'artillerie à Besançon (emploi créé), pour être détaché à Héricourt.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lejonne pour le 27e dragons ; Terrasse et Paul, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duffau pour le 4e cuirassiers ; Quenet, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied : Pélissié, pour le 1er d'infanterie ; Rieux, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Les médecins militaires dont les noms suivent ont présenté à l'inspection générale de 1897 des rapports d'ensemble sur le fonctionnement du service méritant une citation :

Médecins principaux de première classe. — MM. Delahousse, Marvaud et Lenoir.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Baudot, Billet, Chavasse, Darricarrère, Heuyer, Antony et Chevassus.

Médecins-majors de première classe. — MM. Vidal, Camus, Brisset, Klein, Reverchon, Desmons, Landriau, Cadot, Dubujadoux, Robert (H.-L.), Radouan, Catrin, Cassedebat, Trifaud, Bergounioux, Douart, Lallemant, Sudour, Salle, Vuillemin (C.-A.), Godet, Petit (A.-L.), Belhomme et Vaugy.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Follenfant, Labit, Sanglé-Ferrière, Jaubert, Goumy, Hublé, Godin (L.-G.-P.), Carlier, Pelix, Nicolas (E.-T.), Lalitte, Alvernhe, Cuche et Ribierre.

Médecin aide-major de première classe. — M. Larrieu.

— Par décision présidentielle, en date du 11 juin 1898, M. Mouginet, médecin aide-major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, a été rappelé à l'activité et désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

— Par décision ministérielle, en date du 17 juin 1898, M. Lansac, médecin-major de deuxième classe au 89e d'infanterie, est désigné pour le 35e de la même arme ; M. Leymarie, médecin-major de deuxième classe au 35e d'infanterie, est désigné pour le 80e de la même arme.

Corps de santé de la marine. — Par décision présidentielle, en date du 7 juin 1898, M. Gueit (Paul-Alexandre), médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services, et sur sa demande, à compter du 16 juin 1898.

Par décret du même jour, M. Gueit a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter de la date de sa radiation des contrôles de l'activité.

M. le Dr Gueit, nommé médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est affecté au port de Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe Lecœur, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, est appelé à servir aux troupes de la Martinique, en remplacement de M. Palasne de Champeaux, affecté au 6e régiment à Brest.

M. Vaillant (Alfred-Léon-Michel), médecin en chef de réserve du port de Brest, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant accompli le temps de service exigé par l'article 12 de la loi du 5 août 1897 sur les pensions de l'armée de mer.

IVe Congrès de la tuberbulose. — Nous rappelons que ce Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort); vice-président, M. le docteur Hérard.

Les questions à l'ordre du jour sont : 1° Des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose ; 2° des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose ; 3° des rayons X, dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; 4° la lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie ; 5° la lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ; 6° de la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie ; 7° le traitement des arthropathies tuberculeuses par les méthodes non sanglantes ; 8° la prophylaxie de la tuberculose par la stérilisation du lait et de la viande ; 9° la cure d'altitude et la cure marine de la phtisie pulmonaire ; 10° questions diverses, au choix des membres du Congrès.

Prière d'adresser tout ce qui concerne, les communications et l'organisation du Congrès à M. le Dr L. Henri Petit, Secrétaire général, à Paris, 18, rue du Pré-aux-Clercs.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La huitième séance annuelle de la Société d'Hypnologie et de Psychologie aura lieu le lundi 11 juillet 1898, à quatre heures précises, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. le Dr Dumontpallier, membre de l'Académie de Médecine.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

Nécrologie. — Le Dr Faucon, médecin, à Therouanne (Pas-de-Calais), reçu en 1835. — Le Dr Vaugrente, de Versailles, reçu en 1884. — Le Dr Genouville père, trésorier de l'Association des médecins de la Seine, décédé brusquement le 21 juin à l'âge de 67 ans. Notre très regretté confrère, s'étant trop penché à l'une des fenêtres de l'appartement qu'il occupait au 4e étage, rue de Vilersexel, est tombé sur le pavé de la cour et s'est tué sur le coup. — Le Dr Pierre Midrin, médecin de l'hôpital et maire de Sèvres, reçu en 1877. Le Dr Midrin était fort estimé à Sèvres et ses funérailles ont eu lieu aux frais de la commune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le diabète sucré et son traitement hydrologique. — *Etude comparative*, par le Dr E. Duhourcau, médecin aux Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), Lauréat de l'Académie de médecine, etc. — Préface de M. le Dr F. Garrigou, de Toulouse. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine; prix Capuron, 1894, Dr Albert Robin, rapporteur. Un volume in-8°. Prix : 5 fr. — O. Doin, éditeur.

Guide et Formulaire de thérapeutique générale et spéciale, par le Dr V. Herzen. 1 vol. in 16 de 460 pages, cartonné. — Prix : 5 fr. — J.-B. Baillière et fils.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*